

 	FORMULARIO HEMODINAMIA			FOLIO	
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-09-DRS	Rev. 03		abril 2018
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)				

EXPEDIENTE:

FECHA:/...../.....

Establecimiento:

Nº Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	ANGIÓGRAFO
MARCA	
MODELO	
Empresa Prestadora de Dosimetría Personal	

Responsable de Uso				
Apellido		DNI		Dosímetro
Nombre		Nº Matrícula Profesional		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Profesión		Nº Autorización Individual		

Otros profesionales y personal técnico						
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Autorización Individual	Dosímetro	
					SI	NO

.....
Firma y sello Responsable de Uso

Para que la copia sea válida debe llevar el sello "Copia controlada".